



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН



РСНПМЦЭ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ЭНДОКРИНОЛОГИИ
ИМЕНИ Е.Х. ТУРАКУЛОВА



АССОЦИАЦИЯ МОЛОДЫХ
УЧЕНЫХ-ЭНДОКРИНОЛОГОВ
УЗБЕКИСТАНА



I МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «НАУЧНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ ГЛАЗАМИ МОЛОДЕЖИ»



25 марта 2025 год



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

5 ЖИЛД, 1 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 5, НОМЕР 1

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 5, ISSUE 1

“ILMIY ENDOKRINOLOGIYA YOSHLAR NIGOHIDA”

“НАУЧНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ ГЛАЗАМИ
МОЛОДЕЖИ”

“SCIENTIFIC ENDOCRINOLOGY THROUGH THE EYES
OF YOUTH”

Материалы Конференции

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2025

46. ОЖИРЕНИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СКРЫТАЯ УГРОЗА
ЗДОРОВЬЮ 71
Эрматова Г.А., Норматова Ш.А.
47. ЮРАК-ҚОН ТОМИР ВА 2-ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЎЛГАН КАСАЛЛИКЛАР 73
Шукурова К.К.
48. СНИЖЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ 74
Махмудова Ф.Р., Насырова Х.К.
49. СИНДРОМ ВОЛЬФРАМА, ДИАГНОСТИРОВАННЫЙ У 12 ПАЦИЕНТОВ 76
Салихова З.А., Исмоилова Н.Е., Ахмедова М.А., Султанова Ш.Т., Алиева А.В.
50. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПОТИРЕОЗА С СОСТОЯНИЕМ ОВАРИАЛЬНОГО
РЕЗЕРВА 77
Жилонова А.А., Насырова Х.К., Шодиева Х.Т.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПОТИРЕОЗА С СОСТОЯНИЕМ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

Жилонова А.А.

Научные руководители: Насырова Х.К., д.м.н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Шодиева Х.Т., д.м.н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Гипофункция щитовидной железы в репродуктивном возрасте влияет на наступление беременности и поддержание здоровья женщины. Гипотиреоз оказывает влияние на менструальный цикл, рост фолликулов, эмбриогенез, имплантацию и формирование плаценты. В последние годы есть исследования о том, что гипотиреоз влияет на овариальный резерв яичников, так как у женщин со сниженным овариальным резервом часто встречается манифестный или субклинический гипотиреоз. Имеются публикации являющиеся противоречивыми в отношении влияния гипотиреоза на овариальный резерв.

Цель исследования: оценка связи гипотиреоза с низким овариальным резервом.

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали 105 субфертильных пациенток в возрасте от 20 до 45 лет. Все пациентки были подвергнуты полному клиничко – гормональному и визуализационному методу обследования (сбор анамнеза, измерение индекса массы тела (ИМТ), УЗИ щитовидной железы, трансвагинальное ультразвуковое исследование, гормональное исследование крови). После достижения эутиреоза из 105 пациентов 54 (51,4%) смогли забеременеть и они были разделены на следующие группы: 1-ая группа 32 (30,5%) пациентки, имеющие в анамнезе женское бесплодие с гипотиреозом зачавшие при помощи ЭКО, 2-ая группа 22 (20,95%) пациентки, имеющие в анамнезе женское бесплодие с гипотиреозом, забеременевшие естественным путем. Беременность была подтверждена измерением уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в крови.

Критериями включения явились: женщины, с бесплодием в репродуктивном возрасте от 20 до 45 лет с эндокринным бесплодием, в частности, с дисфункцией ЩЖ. Критерии исключения: женщины с тяжелыми соматическими заболеваниями (ИБС, ХПН, СД в стадии декомпенсации, тяжелые патологии ЩЖ, тиреотоксикоз, заболевания гипоталамо-гипофизарной системы) и абсолютный фактор мужского бесплодия (аспермия, азооспермия).

Показания к проведению ЭКО были трубно-перитонеальный, эндокринный, мужской факторы бесплодия.

Результаты и обсуждение: Средняя возрастная категория для 1-ой группы составила $35,03 \pm 7$ лет, для 2-ой группы $31,14 \pm 8,7$ лет. Длительность бесплодия в первой группе составил $5,69 \pm 3,46$ лет и во второй группе $2,82 \pm 3,65$ лет. Сроки наблюдения во время лечения составили от 3 до 9 месяцев, в зависимости от индивидуальной клинической картины. Из 54 пациентов у 37 (68,5%) было первичное бесплодие, у 17 (31,5%) вторичное. Средний ИМТ в 1-ой группе женщин был $24,10 \pm 4,71$, во 2-ой $23,86 \pm 4,67$. Забор яйцеклеток проходил в естественном цикле или использовали короткий протокол стимуляции.

При подготовке к беременности были приведены в норму анализы ТТГ, Т4, ПРЛ, ФСГ, инсулин, 17-ОКС.

Уровень ФСГ, ЛГ и АМГ был достоверно выше у женщин 1 группы по отношению ко 2 группе до проведения лечения ($p < 0,05$). Уровень АМГ в обеих группах имел слабую отрицательную корреляционную связь с уровнем ТТГ (первая группа $r = -0,291$, $p = 0,045$; вторая группа $r = -0,312$, $p = 0,038$). Так же было измерено количество антральных фолликулов (КАФ). У женщин первой группы КАФ составил $4,1 \pm 1,98$, во второй группе $9,5 \pm 4,3$ ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что высокий уровень ТТГ может быть связан со снижением АМГ, но связь слабая. Это может говорить о некотором влиянии функций щитовидной железы на овариальный резерв.

Следует отметить некоторые ограничения. Наблюдательный характер исследования означает, что причинно-следственная связь не может быть окончательно установлена. Кроме того, отсутствие подробных клинических записей, таких как длительность заболевания и лечения ограничивает возможность оценить влияние гипотиреоза на овариальный резерв. В будущих исследованиях следует изучить частоту отмена переноса эмбрионов (ПЭ) из-за дегенерации ооцитов, отсутствия оплодотворения, остановки развития эмбрионов или низкого морфологического качества эмбрионов у пациенток с патологией ЩЖ, что обеспечивает более полную клиническую картину связи гипотиреоза со сниженным овариальным резервом.

Выводы: Уровень АМГ в обеих группах имел слабую отрицательную корреляционную связь с уровнем ТТГ (первая группа $r=-0.291$, $p=0.045$; вторая группа $r=-0.312$, $p=0.038$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что высокий уровень ТТГ может быть связан со снижением АМГ, но связь слабая. Это может говорить о некотором влиянии функций щитовидной железы на овариальный резерв.